



**Besondere Vereinbarungen**

**Vorläufiger Versicherungsschutz**

Vorläufiger Versicherungsschutz wird für max. 2 Monate ab Unterzeichnung des Antrages in Höhe der für den Todesfall beantragten Leistung, höchstens jedoch bis zu 100.000,- EUR gewährt, sofern der Antrag nicht abgelehnt oder von Ihnen angefochten oder zurückgenommen wurde. **(Zur Vermeidung von Nachteilen bitte auf jeden Fall die Gesundheitsfragen zutreffend und vollständig beantworten.)**

**Angaben zum Gesundheitszustand**

Geben Sie bitte alle Umstände zu Ihren Gesundheitsverhältnissen an, auch wenn Sie ihnen nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte zeitgleich mit dieser Antragstellung an die HanseMerkur nach. **Unwahre oder unvollständige Angaben zu den gestellten Fragen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen** (siehe Punkt A Ziffer 1 der Schlusserklärungen). Mündliche Angaben gegenüber dem/der Vermittler/-in sind unwirksam.

Größe und Gewicht  
 \_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kg

1. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden
    - a) des Herzens, des Kreislaufes, der Gefäße (z.B. Herzinfarkt, -fehler, -schmerzen, erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose)? .....  ja .....  nein
    - b) der Atmungsorgane (z.B. Asthma, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündung)? .....  ja .....  nein
    - c) der Verdauungsorgane (z.B. Magen-, Darmlleiden, Gelbsucht, Leber- oder Gallenleiden, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen)? .....  ja .....  nein
    - d) der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierenentzündung, -steine, Blasenentzündung, -steine, Prostata)? .....  ja .....  nein
    - e) der Sinnes- und Sprechorgane (z.B. Minderung der Hör-, Seh-, Sprach-, Tast-, Geruchs- oder Geschmacksfähigkeit)? .....  ja .....  nein
    - f) des Gehirns, des Rückenmarkes, der Nerven (z.B. Epilepsie, Krämpfe, Schwindel, Gemüts-, Geistesstörungen, Lähmungen, Schlaganfall, Multiple Sklerose)? .....  ja .....  nein
    - g) wie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Störungen der Schilddrüse)? .....  ja .....  nein
    - h) wie Erkrankungen der Knochen, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Gelenke (z.B. Bewegungseinschränkungen, Gicht, Arthritis, Rheuma)? .....  ja .....  nein
    - i) des Blutes, der Drüsen, der Milz? .....  ja .....  nein
    - j) wie Geschwülsten, Tumoren, Krebs? .....  ja .....  nein
    - k) wie Infektions-, Hautkrankheiten, Allergien? .....  ja .....  nein
    - l) aufgrund von Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen? .....  ja .....  nein
  2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen oder Rauschmittel? .....  ja .....  nein
  3. Sind oder waren Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholkonsum in ärztlicher Behandlung oder Beratung? .....  ja .....  nein
  4. Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine HIV-Infektion/AIDS festgestellt? .....  ja .....  nein
  5. Fand in den letzten 10 Jahren eine Strahlenuntersuchung, -behandlung (z.B. Röntgen, Computer-, Magnetresonanztomografie) statt? .....  ja .....  nein
  6. Bezogen, beziehen oder beantragten Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente oder sind Sie schwerbeschädigt (bitte Bescheide beifügen)? .....  ja .....  nein
  7. Fanden in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhausbehandlungen oder Kuren statt? .....  ja .....  nein
- Die Versicherung wird mit ärztlicher Untersuchung abgeschlossen: .....  ja .....  nein

Letzte Inanspruchnahme eines Arztes:  
 Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes bzw. behandelnder Fachärzte:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wird eine der gestellten Fragen mit „ja“ beantwortet, sind nachstehend ausführliche Angaben erforderlich. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller und der zu versichernden Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigefügt:  ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein

Zu Frage	Art der Erkrankung, Störungen, Beschwerden, Behandlungen	von	bis	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Krankenhäuser bzw. wer kann Auskunft geben?	Welche Folgen bestehen noch bzw. sind weitere Behandlungen vorgesehen?

Angaben zu anderen Versicherungen innerhalb der letzten 10 Jahre	Bestehen, bestanden oder wurden beantragt (und noch nicht entschieden)?		von	bis	Privates Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer	Beitragszuschlag, Leistungseinschränkungen, Ablehnung?	Höhe der BU/EU Jahresrente
	ja	nein						
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Erklärung zu besonderen Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Motorsport-Aktivitäten, Flug-, Kampf-, Tauch- oder Bergsport)? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein, die jeweiligen Versicherungsbedingungen sowie die Verbraucherinformationen übermittelt werden. Nach Zugang ist der/die Antragsteller/-in berechtigt, dem Vertragsabschluss innerhalb von 30 Tagen schriftlich zu widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag eigenhändig unterschrieben wurde. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt. Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in \_\_\_\_\_

# Schlussfolgerungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Person

## A. Erklärungen für die Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende oder bekannt werdende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. das Versicherungsverhältnis anfechten bzw. die Leistung verweigern kann. Diese Verpflichtung gilt auch für die versicherte Person, sofern sie nicht Antragsteller ist.

2. Mir ist bekannt, dass die Beiträge bei kapitalbildenden Lebensversicherungen, Rentenversicherungen bzw. selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen zunächst zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle, der Abschlusskosten und der Verwaltungskosten verbraucht werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Renten- oder Lebensversicherung in den ersten Jahren kein oder nur ein niedriger Rückkaufswert an. ber die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt mir der Versicherungsschein Auskunft. Auf Grund der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen fällt bei Kündigung der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung während der gesamten Laufzeit in den meisten Fllen kein oder nur ein sehr geringer Rückkaufswert an.

Ich bin an den laufend erwirtschafteten Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt, deren Sätze nur für das laufende Jahr garantiert sind.

Mir ist bekannt, dass Beiträge zu zahlen sind, die unter Umständen mit ihrem Gesamtbetrag die Versicherungsleistung übersteigen können.

Im Falle des Ablebens der versicherten Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres wird eine Versicherungsleistung nur insoweit erbracht, als die versicherte Summe zusammen mit den Versicherungssummen bereits abgeschlossener Versicherungsverträge den Betrag von 8.000,- EUR nicht übersteigt. Die Beiträge, die auf den Teil der versicherten Summe entfallen, aus der keine Versicherungsleistung erbracht wird, werden in voller Höhe ohne Gewährung von Zinsen an den/die Versicherungsnehmer/-in zurückerstattet.

3. Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen; dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – ber die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

4. Telefonische Information  
Ich bin einverstanden, dass die HanseMerkur Versicherungsgruppe mich und/oder meine Familie wegen meines Vertrages anruft bzw. anrufen lässt.

## B. Schweigepflichtentbindungserklrung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste, Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

## C. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – berlassen wird.

# Hinweise und Erläuterungen

## D. Erläuterung der Tarifbezeichnungen

### Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen

SB5 Berufsunfähigkeitsversicherung im Produkt Profi Care  
SB5K als Kollektivversicherung

SB5J Berufsunfähigkeitsversicherung im Produkt Young Care  
SB5JK als Kollektivversicherung

SB5M Berufsunfähigkeitsversicherung im Produkt Clever Care  
SB5MK als Kollektivversicherung

### Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

B5i Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit im Produkt Profi Care  
als Kollektivversicherung  
B5r Barrente bei Berufsunfähigkeit im Produkt Profi Care  
als Kollektivversicherung

### Risikoversicherungen

T4 Risikoversicherung auf den Todesfall  
T4K als Kollektivversicherung

### Kapitalversicherungen

K4 Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebenfall  
K4K als Kollektivversicherung

### Aufgeschobene Rentenversicherungen

RB5 aufgeschobene Rentenversicherung mit Beitragsrückgewähr  
RB5K als Kollektivversicherung

Bei aufgeschobenen Rentenversicherungen ist automatisch eine Abrufphase zum vorzeitigen Beenden der Hauptversicherung ohne Stornoabschlag eingeschlossen. Die Dauer der Abrufphase ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Aufschubzeit	Dauer Abrufphase
bis 11 Jahre	0 Jahre
ab 12 Jahre	5 Jahre
ab 17 Jahre	10 Jahre

## E. Produkterläuterungen

### Profi Care

Profi Care ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit erstklassigen Leistungen und individuellen Gestaltungsmöglichkeiten, die im Ernstfall ein sicheres Einkommen garantiert.

Profi Care kann als selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen oder als Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit einer Renten-, Risiko- oder Kapitalversicherung kombiniert werden.

### Young Care

Young Care ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung speziell für junge Menschen. Der Versicherungsschutz dieses Produktes konzentriert sich auf das Wesentliche.

Dem folgend besteht bei Young Care u.a. kein Leistungsanspruch, wenn die Berufsunfähigkeit in einer psychischen Erkrankung begründet ist.

Die Risikodauer beträgt standardmäßig 10 Jahre (Endalter der Leistungsdauer: 65 Jahre). Die Versicherungsnehmer/-innen haben dazu ergänzend die Möglichkeit, die Risikodauer zu verlängern.

### Clever Care

Clever Care ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Leistungsstufen. Der Versicherungsschutz dieses Produktes konzentriert sich auf das Wesentliche.

Dem folgend besteht bei Clever Care u.a. kein Leistungsanspruch, wenn die Berufsunfähigkeit in einer psychischen Erkrankung begründet ist.

### Leistungsstufen

a) Ist die versicherte Person bei Abschluss des Vertrages jünger als 40 Jahre, gilt:  
Stufe 1 bis inkl. zum Alter 39 der versicherten Person:  
Zahlung in Höhe der vollen garantierten Rente;

Stufe 2 ab dem Alter 40 der versicherten Person:  
Zahlung in Höhe von 75% der garantierte Rente;

Stufe 3 ab dem Alter 50 der versicherten Person:  
Zahlung in Höhe von 50% der garantierte Rente.

b) Ist die versicherte Person bei Abschluss des Vertrages 40 Jahre oder älter, gilt:  
Stufe 1 bis inkl. zum Alter 49 der versicherten Person:  
Zahlung in Höhe der vollen garantierten Rente;

Stufe 2 ab dem Alter 50 der versicherten Person:  
Zahlung in Höhe von 75% der garantierte Rente;

Entscheidend für die Höhe der Rente ist das Alter zu dem Zeitpunkt ab dem die Berufsunfähigkeit anerkannt wird.

## F. Erläuterung zur Antragsannahme

- Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
- Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist. Für die Versicherung gelten die jeweiligen Versicherungsbedingungen.
- Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler/-innen oder Versicherungsmakler/-innen nicht berechtigt, ihrerseits von dem/der Versicherungsnehmer/-in irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

## G. Hinweis zum Geldwäschegesetz

Falls der Jahresbeitrag (Summe der Beitragsraten) mehr als 1.000,- EUR (bei Versicherungen mit Dynamik: 600,- EUR) oder der Einmalbeitrag/die Beitragsvorauszahlung mehr als 2.500,- EUR beträgt, muss eine Identifikation gemäß Geldwäschegesetz vorgenommen werden.

## H. Allgemeine Hinweise

### Beschwerden

Bei Beschwerden können Sie sich – wenn Sie nicht erst mit uns über Ihr Anliegen sprechen wollen – auch an den Ombudsmann unter der Anschrift

Versicherungsombudsmann e.V.  
Kronenstraße 13  
10117 Berlin  
Tel.: (0 18 04) 22 44 24  
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

oder auch an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Bereich Versicherungen  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn  
Tel.: (02 28) 41 08-0

wenden.

### Ratenzuschläge:

monatlich	5%
vierteljährlich	3%
halbjährlich	2%
jährlich	kein Zuschlag

### Status:

- Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)
- Beamt(er)/-in
- Selbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in
- nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)
- Rentner/-in und Pensionär/-in
- Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in
- Kind oder Schüler/-in
- juristische Person

## HanseMerkur Lebensversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg  
Tel.: (0 40) 41 19-44 00, Fax: -32 57  
www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.)  
Hans Geisberger, Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig  
Eberhard Sautter (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)  
Handelsregister: Hamburg B 77401